

# Welfare e lavoro nella emergenza epidemiologica

*Contributo sulla nuova questione sociale*

a cura di

**Domenico Garofalo, Michele Tiraboschi,  
Valeria Filì, Francesco Seghezzi**

Volume II

## **Covid-19 e sostegno alle imprese e alle pubbliche amministrazioni**

a cura di

**Domenico Garofalo**

**ADAPT**  
**LABOUR STUDIES**  
e-Book series  
n. 90

**ADAPT**  
www.adapt.it  
**UNIVERSITY PRESS**

# ADAPT LABOUR STUDIES E-BOOK SERIES

---

**ADAPT – Scuola di alta formazione in relazioni industriali e di lavoro**

DIREZIONE

**Domenico Garofalo** (*direttore responsabile*)

COMITATO SCIENTIFICO

**Marina Brollo**

**Laura Calafà**

**Guido Canavesi**

**Paola M.T. Caputi Jambrenghi**

**Daniela Caterino**

**Marco Esposito**

**Valeria Fili**

**Enrico Gagnoli**

**Paolo Gubitta**

**Vito Sandro Leccese**

**Valerio Maio**

**Enrica Morlicchio**

**Alberto Pizzoferrato**

**Simonetta Renga**

**Michele Tiraboschi**

**Anna Trojsi**

**Lucia Valente**

SEGRETERIA DI REDAZIONE

**Laura Magni** (*coordinatore di redazione*)

**Maddalena Magni**

**Pietro Manzella** (*revisore linguistico*)

**ADAPT University Press**

via Garibaldi, 7 – 24122 Bergamo

indirizzo internet [ADAPT University Press](http://ADAPT.University.Press)

indirizzo e-mail: [aup@adapt.it](mailto:aup@adapt.it)

I volumi pubblicati nella presente collana sono oggetto di *double blind peer review*, secondo un procedimento standard concordato dalla Direzione della collana con il Comitato scientifico e con l'Editore, che ne conserva la relativa documentazione.

## **Welfare e lavoro nella emergenza epidemiologica**

*Contributo sulla nuova questione sociale*

### **Volume I. Covid-19 e rapporto di lavoro**

a cura di Valeria Fili

ISBN 978-88-31940-40-5 - Pubblicato il 18 dicembre 2020

### **Volume II. Covid-19 e sostegno alle imprese e alle pubbliche amministrazioni**

a cura di Domenico Garofalo

ISBN 978-88-31940-41-2 - Pubblicato il 30 dicembre 2020

### **Volume III. Covid-19 e sostegno al reddito**

a cura di Domenico Garofalo

ISBN 978-88-31940-42-9 - Pubblicato il 30 dicembre 2020

### **Volume IV. Scuola, università e formazione a distanza**

a cura di Michele Tiraboschi, Francesco Seghezzi

ISBN 978-88-31940-43-6 - Pubblicato il 18 dicembre 2020

### **Volume V. Le sfide per le relazioni industriali**

a cura di Michele Tiraboschi, Francesco Seghezzi

ISBN 978-88-31940-44-3 - Pubblicato il 18 dicembre 2020

Volume II.  
**COVID-19 E SOSTEGNO ALLE IMPRESE  
E ALLE PUBBLICHE AMMINISTRAZIONI**

a cura di Domenico Garofalo

## INDICE

Solidarietà e sostenibilità: il diritto del lavoro e della sicurezza sociale alla prova della pandemia da Covid-19 <i>di Domenico Garofalo, Michele Tiraboschi, Valeria Filì e Francesco Seghezzi</i> .....	XV
---	----

### Sezione I.

#### **Il pubblico impiego nell'emergenza**

Il reclutamento emergenziale del personale sanitario nella (e oltre la) emergenza pandemica <i>di Anna Zilli</i> .....	1
Il trattenimento in servizio del personale sanitario e l'esercizio temporaneo delle professioni sanitarie in deroga alle norme in materia di riconoscimento dei titoli conseguiti all'estero <i>di Madia Rita Favia</i> .....	15
Le sorti delle procedure concorsuali <i>di Francesca Chietera</i> .....	36

### Sezione II.

#### **Sospensione dei licenziamenti, proroghe dei termini e norme processuali**

I licenziamenti economici "impossibili" dal Secondo Dopoguerra al Covid-19 <i>di Federica Stamerra</i> .....	47
Gli effetti dell'emergenza epidemiologica sui termini in materia di lavoro, previdenza e fisco <i>di Alessandro Ventura</i> .....	88
Emergenza epidemiologica e processo civile <i>di Giovanna Ficarella</i> .....	116
Emergenza epidemiologica e processo penale <i>di Elisabetta Sartor</i> .....	157
Emergenza epidemiologica e processo amministrativo <i>di M.T. Paola Caputi Jambrenghi</i> .....	191

## Indice

Sospensione dei termini nei procedimenti amministrativi ed effetti degli atti amministrativi in scadenza <i>di M.T. Paola Caputi Jambrenghi</i> .....	208
Liberalizzazione e semplificazione dei procedimenti amministrativi in relazione all'emergenza Covid-19 <i>di M.T. Paola Caputi Jambrenghi</i> .....	215
Emergenza epidemiologica e processo contabile <i>di Luca Tegas</i> .....	231

### Sezione III.

#### **Il sostegno alle imprese**

Covid-19 e diritto commerciale: misure emergenziali, provvedimenti strutturali e ricostruzione della visione dell'impresa in tempo di pandemia <i>di Daniela Caterino</i> .....	243
Il contratto di rete con causale di solidarietà: una norma inutile o meramente promozionale? <i>di Domenico Garofalo</i> .....	295
Il sostegno al settore agricolo sul versante occupazionale <i>di Stefano Caffio</i> .....	306
Il sostegno alle imprese e all'economia nella seconda ondata pandemica: il contributo a fondo perduto per le partite Iva <i>di Domenico Garofalo</i> .....	331
Gli incentivi all'occupazione "difensivi" nell'emergenza epidemiologica <i>di Domenico Garofalo</i> .....	345
<i>Notizie sugli autori</i> .....	360

SEZIONE I.  
IL PUBBLICO IMPIEGO NELL'EMERGENZA

**Il reclutamento emergenziale  
del personale sanitario  
nella (e oltre la) emergenza pandemica**

*di Anna Zilli*

**Abstract** – Dall'analisi delle misure varate in Italia per rafforzare il sistema sanitario di fronte all'epidemia da Covid-19 emergono interessanti elementi di innovazione per la sanità pubblica, per renderla adeguata alle mutate esigenze del personale e della popolazione.

**Abstract** – From the analysis of the measures taken in Italy to strengthen the health system during the Covid-19 epidemic, interesting elements of innovation for public health arise, to adequate public health system to the changing needs of human resources and the population.

**Sommario:** 1. La sanità pubblica di fronte alla pandemia. – 2. Il reclutamento emergenziale sanitario presso il Ministero della salute, per ospedali e territorio. – 3. La sanità militare. – 4. Il rafforzamento dell'Inail. – 5. Il ruolo e le risorse dell'Istituto Superiore di Sanità. – 6. Il ricorso al settore privato. – 7. L'effetto della pandemia sull'attività sanitaria ordinaria. – 8. *Active ageing* della popolazione e del servizio sanitario.

## **1. La sanità pubblica di fronte alla pandemia**

La pandemia da Covid-19 <sup>(1)</sup> ha trovato davanti a sé un sistema sanitario in crisi: tra Stato e Regioni <sup>(2)</sup>, indebolito dai tagli che negli anni l'hanno colpito <sup>(3)</sup>. La corsa a

---

<sup>(1)</sup> Il 30 gennaio 2020, in seguito alla segnalazione da parte della Cina (31 dicembre 2019) di un *cluster* di casi di polmonite ad eziologia ignota nella città di Wuhan, l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha dichiarato emergenza di sanità pubblica di interesse internazionale l'epidemia di c.d. Coronavirus in Cina. Il giorno successivo il Governo italiano ha proclamato lo stato di emergenza con delibera pubblicata in *GU*, 1° febbraio 2020, n. 26. L'art. 1, comma 1, del d.l. n. 19/2020 ha inizialmente fissato la durata dell'emergenza sino al 31 luglio 2020, differita al 15 ottobre 2020 con l'art. 1, comma 1, del d.l. n. 83/2020 e ora, *ex art.* 1, comma 1, del d.l. n. 125/2020, al 31 gennaio 2021.

<sup>(2)</sup> Il "vecchio" e originario art. 117 Cost. attribuiva la materia "assistenza sanitaria ed ospedaliera" alla competenza legislativa concorrente delle regioni a statuto ordinario. Sin dalla l. n. 833/1978, istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale, si è compreso che il SSN è l'insieme dei Servizi Sanitari delle singole regioni, le quali destinano larga parte delle proprie risorse a tale voce di spesa, su cui diffusamente N. AICARDI, *La sanità*, in *Tratt. Cassese, Diritto amministrativo speciale*, Giuffrè, 2003, tomo I, p. 625. La l. cost. n. 3/2001 ha ridisegnato le competenze di Stato e regioni in campo sanitario. La "tutela della salute" rientra nell'ambito delle materie oggetto di legislazione concorrente tra Stato e Regioni; ai sensi della lett. *m* dell'art. 117, secondo comma, Cost., è attribuita allo Stato la definizione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali su tutto il territo-

rinforzarlo è divenuta quindi una impellente necessità, rispetto alla quale si sono scelte più linee di azione.

I provvedimenti su cui si concentrerà l'attenzione, nel tentativo di sistematizzare i diversi filoni di intervento e il loro susseguirsi rapidissimo, sono: il d.l. n. 14/2020, recante *Disposizioni urgenti per il potenziamento del Servizio sanitario nazionale in relazione all'emergenza COVID-19*, con cui sono stati introdotti i primi provvedimenti relativi ad incarichi (art. 1) e reclutamento straordinario (artt. 2, 3, 4, 6, 13 e 16); il d.l. n. 18/2020 c.d. cura Italia, recante *Misure di potenziamento del Servizio sanitario nazionale e di sostegno economico per famiglie, lavoratori e imprese connesse all'emergenza epidemiologica da Covid-19*; la l. n. 27/2020 di conversione del decreto cura Italia, che ha abrogato il d.l. n. 14/2020 e ne ha assorbito i contenuti e fatti salvi gli effetti; infine, il d.l. n. 34/2020 c.d. rilancio, relativo alle *Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19*. Ovviamente tutti i provvedimenti verranno analizzati nella versione vigente, come modificata dalla l. n. 77/2020, di conversione del d.l. n. 34/2020, e alla luce del d.l. n. 104/2020 (c.d. decreto agosto) e n. 125/2020), pur se la tecnica della decretazione d'urgenza <sup>(4)</sup> utilizzata per affrontare la pandemia ha tenuto conto della mancata conversione dei decreti-legge e, in tema di reclutamento del personale, si sono sempre fatti espressamente salvi gli effetti delle previsioni emergenziali. Con riferimento

---

rio nazionale. Per una ricostruzione delle problematiche in relazione alla vicenda pandemica si veda V. DI CAPUA, *Il nemico invisibile. La battaglia contro il Covid-19 divisa tra Stato e Regioni*, in *Federalismi.it*.

<sup>(3)</sup> Secondo il Rapporto GIMBE (Fondazione GIMBE, *Report Osservatorio n. 7/2019. Il defianziamento 2010-2019 del Servizio Sanitario Nazionale*, Bologna, settembre 2019, in [www.gimbe.org/defianziamento-SSN](http://www.gimbe.org/defianziamento-SSN)) si tratterebbe complessivamente di 37 miliardi di euro in un decennio: tra il 2010 e il 2015 (governi Berlusconi e Monti) la contrazione sarebbe stata di circa 25 miliardi di euro, mentre ulteriori 12 miliardi sarebbero stati distolti tra il 2015 e il 2019 per l'attuazione degli obiettivi di finanza pubblica (governi Letta, Renzi, Gentiloni, Conte). Nel [referto della Corte dei conti al Parlamento sulla gestione finanziaria dei servizi sanitari regionali](#) si evidenzia che la spesa per le risorse umane è diminuita del 5,3% dal 2009 al 2017, con 46mila unità di personale in meno, di cui 8mila medici e 13mila infermieri.

<sup>(4)</sup> La tecnica utilizzata, soprattutto relativamente ai decreti del Presidente del Consiglio dei Ministri e alle ordinanze regionali di protezione civile, è stata assai criticata, per la compressione delle prerogative parlamentari, sui cui si veda, *ex multis*, V. BALDINI, *Prendere sul serio il diritto costituzionale anche in periodo di emergenza sanitaria*, in *Diritti Fondamentali*, 2020, n. 1, p. 11; M. BELLETTI, *La "confusione" nel sistema delle fonti ai tempi della gestione dell'emergenza da Covid-19 mette a dura prova gerarchia e legalità*, in *Osservatorio Costituzionale AIC – Forum "Emergenza COVID-19"*, 2020, n. 3; A. LAURO, *Urgenza e legalità ai tempi del COVID-19: fra limiti imprescindibili e necessaria flessibilità*, in *BioLaw Journal Instant Forum – Diritto, diritti ed emergenza ai tempi del Coronavirus*; A. LUCARELLI, *Costituzione, fonti del diritto ed emergenza sanitaria*, in *Rivista AIC*, 2020, n. 2; M. LUCIANI, *Il sistema delle fonti del diritto alla prova dell'emergenza*, *ivi*; F.S. MARINI, *Le deroghe costituzionali da parte dei decreti-legge*, in *Federalismi.it – Osservatorio Emergenza Covid-19*, L.A. MAZZAROLLI, *«Riserva di legge» e «principio di legalità» in tempo di emergenza nazionale. Di un parlamentarismo che non regge e cede il passo a una sorta di presidenzialismo extra ordinem, con ovvio, conseguente strapotere delle pp.aa. La reiterata e prolungata violazione degli artt. 16, 70 ss., 77 Cost., per tacer d'altri*, *ivi*; F. TORRE, *La Costituzione sotto stress ai tempi del Coronavirus*, in *BioLaw Journal Instant Forum – Diritto, diritti ed emergenza ai tempi del Coronavirus*; M. TRESKA, *Le fonti dell'emergenza. L'immunità dell'ordinamento al Covid-19*, in *Osservatorio Costituzionale AIC – Forum "Emergenza COVID-19"*, 2020, n. 3; A. VERNATA, *Decretazione d'urgenza e perimetro costituzionale nello stato di "emergenza epidemiologica"*, in *BioLaw Journal Instant Forum – Diritto, diritti ed emergenza ai tempi del Coronavirus* e A. VERNATA, *L'irrocervo normativo. Il decreto "Cura Italia" quale prototipo di una nuova legislazione emergenziale*, in *Osservatorio costituzionale AIC*, 2020, n. 3.

al contenuto dei provvedimenti in esame, sono stati utilizzati diversi strumenti di reclutamento (di personale dipendente, con assunzioni anche a tempo indeterminato, incarichi di lavoro autonomo, co.co.co.), sovente sovrapposti, richiedendo una lettura di riordino, al fine di poter verificare il loro impatto, di breve e lungo termine, sul sistema sanitario del nostro Paese.

## **2. Il reclutamento emergenziale sanitario presso il Ministero della salute, per ospedali e territorio**

Il reclutamento sanitario emergenziale è stato attuato a tutti i livelli del SSN. L'azione di implementazione degli organici del Ministero della Salute si è svolta su più fronti, attraverso l'acquisizione di varie professionalità, sia già formate sia in formazione, da porre a servizio della rete ospedaliera e del territorio.

Per ciò che concerne le strutture ospedaliere, sin dall'inizio dell'emergenza l'art. 2 del d.l. n. 14/2020 ha previsto che, al fine di garantire l'erogazione delle prestazioni di assistenza sanitaria, le aziende e gli enti del Servizio sanitario nazionale «verificata l'impossibilità di utilizzare personale già in servizio nonché di ricorrere agli idonei collocati in graduatorie concorsuali in vigore» possono conferire incarichi individuali a tempo determinato, previo avviso pubblico, al personale sanitario e ai medici in possesso dei requisiti previsti dall'ordinamento per l'accesso alla dirigenza medica, e cioè, oltre alla laurea e all'iscrizione all'albo, il possesso del diploma di specializzazione (art. 15, d.lgs. n. 502/1992) <sup>(5)</sup>.

Eccezionalmente, gli incarichi possono essere conferiti anche ai laureati in medicina e chirurgia, abilitati all'esercizio della professione medica e iscritti agli ordini professionali ma privi della specializzazione (art. 1, comma 3) nonché a laureati in medicina e chirurgia, anche privi della cittadinanza italiana, abilitati all'esercizio della professione medica secondo i rispettivi ordinamenti di appartenenza, previo riconoscimento del titolo (art. 1, comma 4). La disposizione è stata poi modificata prevedendosi che, in deroga all'art. 38 del d.lgs. n. 165/2001, l'accesso alla p.a. è consentito a tutti i cittadini di Paesi non appartenenti all'Unione europea, titolari di un permesso di soggiorno che consente di lavorare (art. 13, d.l. n. 18/2020, così in sede di conversione).

Si tratta di incarichi di lavoro autonomo, conferibili tramite selezione svolta per titoli e colloquio orale. È di una procedura comparativa con pubblicità semplificata in deroga, attuata tramite la pubblicazione dell'avviso solo nel sito *internet* dell'azienda che lo bandisce <sup>(6)</sup> e per una durata minima di cinque giorni (art. 2-ter, d.l. n. 18/2020),

---

<sup>(5)</sup> M.N. BETTINI, *Dirigenza sanitaria e disciplina di conferimento degli incarichi*, in *LPO*, 2008, n. 4, p. 555.

<sup>(6)</sup> Di regola secondo C. Stato 25 gennaio 2016, n. 227 (in *FA*, 2016, n. 1, p. 50) l'obbligo di pubblicazione dei bandi per concorso a pubblico impiego nella *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica Italiana costituisce una regola generale attuativa dell'art. 51, primo comma, e dell'art. 97, terzo comma, Cost. Tale regola ha la finalità di consentire la concreta massima conoscibilità della indizione di un concorso pubblico a tutti i cittadini, indipendentemente dalla loro residenza sul territorio dello Stato, e non è stata scalfita dall'art. 35, comma 3, lett. a, del d.lgs. n. 165/2001, che ha fissato il criterio della adeguata pubblicità in aggiunta e non in sostituzione della regola di carattere generale. Neppure rileva in contrario l'art. 32 della l. n. 69/2009 che ha mantenuto in vita le disposizioni che prevedono la pubblicazione dei bandi sulla *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica.



che consente il conferimento (ora sino al 31 gennaio 2021) di incarichi della durata massima di un anno, non rinnovabili.

Tali incarichi possono essere conferiti, per il 2020, anche in deroga ai vincoli previsti dalla legislazione vigente in materia di spesa di personale, nei limiti delle risorse complessivamente indicate per ciascuna regione con decreto direttoriale del Ministero dell'economia e delle finanze. Per la spesa relativa all'esercizio 2021 si provvede, invece, nei limiti previsti dalla legislazione vigente in materia di spesa di personale.

Per attrarre personale verso l'attività professionale emergenziale e rischiosa, il comma 3 del medesimo art. 1 ha previsto che essa costituisca titolo preferenziale nelle (future) procedure concorsuali per l'assunzione presso le aziende e gli enti del Servizio sanitario nazionale, nonché anzianità lavorativa ai fini della stabilizzazione di personale *ex* riforma Madia (art. 20, comma 2, d.lgs. n. 75/2017).

Addirittura, in deroga all'art. 5, comma 9, del d.l. n. 95/2012 (divieto di incarico al personale cessato) e all'art. 14, comma 3, del d.l. n. 4/2019 (incumulabilità tra redditi da lavoro autonomo e trattamento pensionistico) anche il personale medico e infermieristico, collocato in quiescenza, è potuto rientrare in servizio attraverso incarichi di lavoro autonomo «con durata non superiore ai sei mesi» ma comunque prorogabili sino al termine dell'emergenza (art. 1, comma 6): la previsione, apparentemente di buon senso, ha però portato nei luoghi di lavoro anche soggetti fragili, quantomeno per età, contribuendo ad aggravare il bilancio dell'epidemia (7).

Da ultimo, per fronteggiare la carenza di medici specialisti, biologi, chimici, fisici, odontoiatri e psicologi, se ne prevede il trattenimento in servizio (a domanda) anche oltre il limite del quarantesimo anno di servizio effettivo, comunque non oltre il settantesimo anno d'età (art. 30-*bis*, d.l. n. 104/2020).

A fianco dei “vecchi”, più esperti ma fragili, troveremo specializzandi in formazione. Infatti, anche i laureati in medicina e chirurgia abilitati, iscritti ai corsi di specializzazione o ai corsi di formazione specifica in medicina generale possono assumere incarichi provvisori o di sostituzione di medici di medicina generale convenzionati con il Servizio sanitario nazionale ed essere iscritti negli elenchi della guardia medica e/o turistica, sino alla fine dello stato di emergenza (8). In tutti i casi, le ore di attività così svolte varranno quali attività pratiche/di tirocinio obbligatorio, ai fini dell'acquisizione del titolo di specialista. Il periodo di attività, svolto dai medici specializzandi esclusivamente durante l'emergenza, sarà riconosciuto ai fini del ciclo di studi che conduce al conseguimento del diploma di specializzazione.

La borsa di studio per la specializzazione viene sospesa nel caso in cui i mutuati affidati siano più di 650 (art. 2-*quinquies*, d.l. n. 18/2020); diversamente, i medici specializzandi che operano in enti e aziende sanitarie continuano a percepire il trattamento economico previsto dal contratto di formazione specialistica, integrato dagli emolu-

---

(7) Secondo la Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri, che raccoglie tutti gli ordini professionali dei medici chirurghi e odontoiatri provinciali, tra i 188 medici deceduti durante l'epidemia, oltre 30 erano pensionati rientrati in servizio (si veda l'[Elenco dei Medici caduti nel corso dell'epidemia di Covid-19](#)).

(8) L'art. 18, d.l. n. 137/2020 (c.d. decreto ristori 1, conv. con modifiche in l. n. 176/2020) prevede che siano i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta ad eseguire i tamponi antigenici rapidi. A tal fine il 30 ottobre u.s. sono stati siglati i relativi accordi collettivi (<http://www.fimmg.org/index.php?action=pages&m=view&p=31228&lang=it>), con indicazione delle modalità di espletamento del servizio e del tariffario.

menti corrisposti in proporzione all'attività lavorativa svolta (art. 2-*quinqüies*, d.l. n. 18/2020). Allo stato questa disciplina sarà in vigore sino al 31 gennaio 2021.

Sarà poi compito delle Università assicurare il recupero delle attività formative, teoriche e assistenziali, necessarie al raggiungimento degli obiettivi formativi previsti (art. 4, d.l. n. 14/2020).

Per potenziare la presa in carico sul territorio dei soggetti affetti da Covid-19 si rafforzano anche i servizi infermieristici, con l'introduzione dell'infermiere di famiglia o di comunità (art. 1, comma 5, d.l. n. 34/2020). A tal fine, in deroga all'art. 7 del d.lgs. n. 165/2001, enti e aziende ospedaliere possono attivare contratti di collaborazione coordinata e continuativa, con decorrenza dal 15 maggio 2020 e fino al 31 dicembre 2020, con personale infermieristico che non sia occupato presso strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private accreditate. La previsione consente sino a 8 unità infermieristiche ogni 50.000 abitanti ed un compenso lordo di 30 euro ad ora, inclusivo degli oneri, per un monte ore settimanale massimo di 35 ore.

Al contempo, la disciplina emergenziale per Covid-19 ha dovuto anche affrontare, e in gran fretta, un altro problema strutturale e che già si preannunciava spinoso, e cioè garantire efficaci servizi di medicina generale sul territorio.

Come noto, da molti anni i giovani laureati in medicina, mortificati dall'esiguo numero di posti nelle diverse specialità, contribuiscono ad ingrossare le file degli *expatriates*, che in ambito medico raggiungono la cifra di 1500 all'anno e quasi 9000 negli ultimi 8 anni (2012-2020) <sup>(9)</sup>, mossi da migliori stipendi e condizioni di lavoro.

In relazione all'emergenza, il rapporto di convenzione con i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta potrà essere instaurato anche con il medico iscritto al corso di formazione in medicina generale ovvero con lo specializzando in pediatria.

Un secondo strumento di reclutamento, alternativo al conferimento di incarichi di lavoro autonomo, è l'assunzione a tempo indeterminato di medici, medici veterinari, odontoiatri, biologi, chimici, farmacisti, fisici e psicologi che, a partire dal terzo anno del corso di formazione specialistica, si siano utilmente collocati nella graduatoria (separata da quella "ordinaria"). L'assunzione è possibile una volta che abbiano conseguito il titolo di specializzazione e purché siano stati assunti tutti i soggetti già specialisti alla data di scadenza del bando <sup>(10)</sup>. Il d.l. n. 18/2020 precisa che tali assunzioni «devono avvenire nell'ambito delle strutture accreditate della rete formativa e la relativa attività deve essere coerente con il progetto formativo deliberato dal consiglio della scuola di specializzazione» <sup>(11)</sup>.

La necessità, come si è visto, aguzza l'ingegno e, in relazione all'emergenza, consente di accedere a procedure razionali e snelle, in cui durante la specializzazione ci si colloca utilmente in graduatoria, pronti per essere assunti una volta specializzati. Il che, visti i tempi della burocrazia concorsuale italiana e gli innumerevoli contenziosi che possono essere innescati, pare una soluzione idonea e che, dal solo settore della me-

---

<sup>(9)</sup> Si veda M. Bartoloni, B. Gobbi, [Italia senza medici, ma ogni anno 1.500 fuggono all'estero](#), in [www.ilsole24ore.com](#), 16 settembre 2019.

<sup>(10)</sup> Art. 1, commi 547 e 548, l. n. 145/2018, c.d. legge di stabilità 2019, come riscritto dall'art. 3-*bis*, comma 1, lett. *a*, del d.l. n. 34/2020, convertito con modificazioni dalla l. n. 77/2020.

<sup>(11)</sup> Art. 2-*bis*, prima prorogata al 15 ottobre 2020, *ex art.* 1, comma 1, d.l. n. 83/2020, e ora al 31 gennaio 2021.

dicina, è stata allargata in sede di conversione del decreto rilancio, a molte altre professioni con specializzazione universitaria.

A questi provvedimenti si accompagnano un cambiamento di sistema, in quanto l'art. 102 del d.l. n. 18/2020 prevede (non in via transitoria) che la laurea magistrale a ciclo unico in Medicina e Chirurgia, Classe LM/41, abiliti all'esercizio della professione di medico chirurgo, con immediato adeguamento dei regolamenti didattici di ateneo disciplinanti gli ordinamenti dei corsi di studio e, al contempo, abilitazione senza esame per i medici già laureati, all'esito della valutazione del tirocinio.

Di portata limitata è viceversa la previsione che «limitatamente alla sola seconda sessione dell'anno accademico 2018/2019» l'esame finale dei corsi di laurea afferenti alle classi delle lauree nelle professioni sanitarie (e cioè: L/SNT1 – Scienze infermieristiche e ostetriche <sup>(12)</sup>; L/SNT2 – Professioni Sanitarie della Riabilitazione; L/SNT3 – Professioni Sanitarie Tecniche; L/SNT4 – Professioni Sanitarie della Prevenzione, di cui all'art. 6 del d.lgs. n. 502/1992) possa essere svolto con modalità a distanza e la prova pratica possa svolgersi, previa certificazione delle competenze acquisite a seguito del tirocinio pratico svolto durante i rispettivi corsi di studio.

L'emergenza Covid-19 ha messo a nudo l'obsolescenza di procedure abilitative all'esercizio delle professioni sanitarie che non tengono conto dei tirocini che già caratterizzano i percorsi formativi. Consentire ai giovani professionisti sanitari di entrare “un po' prima” e “un po' più facilmente” nel mondo del lavoro potrà concorrere – ovviamente insieme ad altre iniziative del legislatore – alla tenuta della sanità italiana.

Passando ora al livello ministeriale, il Ministero della salute pensa anche a rafforzare se stesso, per «potenziare le attività di vigilanza, di controllo igienico-sanitario e profilassi svolte presso i principali porti e aeroporti, anche al fine di adeguare tempestivamente i livelli dei servizi alle nuove esigenze sanitarie derivanti dalla diffusione del Covid-19» (art. 2, d.l. n. 18/2020). A tal fine il dicastero è autorizzato ad assumere con contratto di lavoro a tempo determinato per non più di tre anni: 40 unità di dirigenti sanitari medici, 18 unità di dirigenti sanitari veterinari e 29 unità di personale non dirigenziale con il profilo professionale di tecnico della prevenzione, appartenenti all'area III, posizione economica F1, del comparto delle Funzioni centrali: Si tratta di unità di personale da destinare agli uffici periferici, da reclutare (per economia di tempo e risorse) utilizzando graduatorie proprie o approvate da altre amministrazioni per concorsi pubblici, anche a tempo indeterminato, ovvero mediante concorsi per titoli ed esame orale, da svolgersi anche in modalità telematica e decentrata. La novità, auspicandone la stabilizzazione, afferisce al periodo di prova, che di fatto diventa una selezione di secondo livello al termine del periodo di prova, cui sono soggetti anche coloro che lo abbiano già superato in medesima qualifica e profilo professionale presso altra amministrazione pubblica. Il dipendente in prova deve sostenere un esame teorico-pratico, scritto ovvero orale, sulle materie individuate dai relativi bandi di concorso (art. 2, d.l. n. 18/2020).

La previsione colma una lacuna storica dei nostri meccanismi concorsuali, in quanto distingue il sapere (le conoscenze teoriche, di cui alla prima selezione “normale”) dal

---

<sup>(12)</sup> La classe di laurea L/SNT1 – Scienze infermieristiche e ostetriche è stata inserita con l'art. 2-ter del d.l. n. 18/2020.

sapere fare e saper essere (le conoscenze teoriche e pratiche relative alla specifica amministrazione), che si acquisiscono solo lavorando.

### 3. La sanità militare

Anche la sanità militare <sup>(13)</sup>, normalmente coinvolta in missioni sul campo in Italia e all'estero <sup>(14)</sup>, specialmente in caso di catastrofi naturali <sup>(15)</sup>, è stata ritenuta un importante tassello nella strategia nazionale di contrasto al Covid-19.

Al tal fine si è previsto un arruolamento eccezionale, a domanda, di militari dell'Esercito italiano in servizio temporaneo, con una ferma eccezionale della durata di un anno, per a) n. 120 ufficiali medici, con il grado di tenente; b) n. 200 sottufficiali infermieri, con il grado di maresciallo (art. 7, d.l. n. 18/2020). Il contingente è stato di recente integrato, *ex art.* art. 10, d.l. n. 149/2020 (c.d. ristori *bis*, oggi art. 19 *undecies*, d.l. n. 137/2020) <sup>(16)</sup> con la previsione dell'arruolamento per l'anno 2021 (per un anno non prorogabile) di ulteriori 100 unità personale (di cui 30 ufficiali e 70 sottufficiali) provenienti da Esercito italiano, Marina militare e Aeronautica militare, da porre alle dipendenze funzionali dell'Ispettorato generale della sanità.

Possono essere arruolati, previo giudizio della competente Commissione d'avanzamento, i cittadini italiani di età non superiore a 45 anni, in possesso della laurea magistrale in medicina e chirurgia e della relativa abilitazione professionale, per il personale di cui al comma 1, lett. *a*, ovvero della laurea in infermieristica e della relativa abilitazione professionale, per il personale di cui al comma 1, lett. *b*.

Quanto ai requisiti di moralità, è richiesto che si tratti di soggetti che non siano stati condannati per delitti non colposi, anche con sentenza di applicazione della pena su richiesta, a pena condizionalmente sospesa o con decreto penale di condanna, ovvero non essere in atto imputati in procedimenti penali per delitti non colposi. Altresì, si deve trattare di persone non giudicate permanentemente inidonee al servizio militare, ovvero dimessi d'autorità da precedenti ferme nelle Forze armate.

Le procedure di arruolamento sono gestite tramite il portale *on line* nel sito internet del Ministero della difesa [www.difesa.it](http://www.difesa.it). Esse si sarebbero dovute concludere entro quindici giorni dalla data di entrata in vigore del decreto, e cioè il 1° aprile 2020. Ma in data 5 giugno 2020 la selezione è stata riaperta, non essendo stati reclutati tutti gli

---

<sup>(13)</sup> Per "sanità militare" si intende «il complesso dell'organizzazione sanitaria delle Forze armate del Paese» (SERVIZIO STUDI DIPARTIMENTO DIFESA, [La sanità militare](#), Dossier n. 105, Schede di lettura 1° aprile 2020). Il Servizio sanitario militare (SSM) è un sistema statale (art. 117, secondo comma, lett. *d*, Cost.) di strutture e servizi che assicura il complesso delle attività che concorrono a garantire l'efficienza psicofisica del personale militare e civile della Difesa (Codice ordinamento militare, d.lgs. n. 66/2010, artt. 181-213). Per una compiuta ricostruzione del sistema si veda G. RABAGLIATI, *La sanità militare*, in *Nuova Rassegna di Legislazione, Dottrina e Giurisprudenza*, 1972, n. 14, p. 1195.

<sup>(14)</sup> F. CONSIGLIERE, E. MELORIO, *La medicina d'emergenza nella protezione civile e nella sanità Militare*, in *Rivista Italiana di Medicina Legale*, 1994, n. 4, p. 847.

<sup>(15)</sup> La sanità militare ha «il compito primario di assicurare l'assistenza sanitaria in operazioni e in addestramento, sia all'interno che al di fuori del territorio nazionale, nonché, in subordine, di concorrere all'assistenza e al soccorso della collettività nazionale e internazionale nei casi di pubbliche calamità» (così in SERVIZIO STUDI DIPARTIMENTO DIFESA, [op. cit.](#)).

<sup>(16)</sup> La l. n. 176 del 18 dicembre 2020 ha convertito in legge il d.l. n. 137/2020, inglobando in esso dd.ll. nn. nn. 149, 154 e 157.

ufficiali medici necessari <sup>(17)</sup>, a riprova dello scarso numero di laureati in condizioni di concorrere, ovvero del modesto *appeal* della selezione, pur trattandosi di una procedura che facilita l'immissione in ruolo e che, per l'anno di ferma, comporta il «trattamento giuridico e economico dei parigrado in servizio permanente».

Altresì, è autorizzato il mantenimento in servizio di ulteriori 60 unità di ufficiali medici delle Forze armate appartenenti alle forze di completamento, già inseriti nel contesto e formati per la funzione richiesta (art. 7, d.l. n. 18/2020).

L'attività di ricerca del Dipartimento scientifico del Policlinico militare del Celio viene sostenuta invece attraverso incarichi individuali a tempo determinato, conferiti tramite avviso pubblico, per un massimo di quindici unità di personale di livello non dirigenziale appartenente all'Area terza, posizione economica F1, profilo professionale di funzionario tecnico per la biologia la chimica e la fisica. Anche per il personale (civile) di ricerca è prevista una selezione «per titoli e colloquio mediante procedure comparative» per ruoli della durata di un anno, non rinnovabile.

Infine, l'art. 19 del d.l. n. 34/2020 ha previsto, per le medesime finalità e con le stesse procedure, l'arruolamento di un ulteriore contingente di personale militare sanitario in servizio temporaneo per un anno, suddiviso in: a) 70 ufficiali medici con il grado di tenente o grado corrispondente, di cui 30 della Marina militare, 30 dell'Aeronautica militare e 10 dell'Arma dei carabinieri; b) 100 sottufficiali infermieri con il grado di maresciallo, di cui 50 della Marina militare e 50 dell'Aeronautica militare.

I periodi di servizio così svolto, nonché quelli prestati ai sensi dell'art. 7, comma 1, del d.l. n. 18/2020, costituiscono titolo di merito da valutare nelle procedure concorsuali per il reclutamento di personale militare in servizio permanente appartenente ai medesimi ruoli delle Forze armate (art. 19, comma 3).

Opportunamente, in relazione all'eccezionalità e alla limitata durata della ferma, agli ufficiali medici arruolati in servizio temporaneo nell'Arma dei carabinieri non sono attribuite le qualifiche di ufficiale di polizia giudiziaria e di ufficiale di pubblica sicurezza (art. 19, comma 3-ter).

Si tratta di previsioni, nel complesso, assai ragionevoli: *in primis* per le modalità, quantità e qualità del reclutamento (celere e completamente digitalizzato, quindi a costi procedurali molto bassi e speditezza garantita); altresì per la distinzione tra le funzioni svolte e quelle "ordinarie" di P.G. dei Carabinieri; infine per la previsione di un accesso agevolato ma non garantito.

Impressiona però la ricerca di copertura delle spese, a cui si provvede (anche) «mediante corrispondente riduzione del fondo per la riallocazione delle funzioni connesse al programma di razionalizzazione, accorpamento, riduzione e ammodernamento del patrimonio infrastrutturale, per le esigenze di funzionamento, ammodernamento e manutenzione e supporto dei mezzi, dei sistemi, dei materiali e delle strutture in dotazione alle Forze armate, inclusa l'Arma dei Carabinieri» (art. 8, d.l. n. 18/2020), con la sensazione che la corsa alle garanzie finanziarie sia stata davvero ostica.

Da ultimo, è stato annunciato un ulteriore concorso militare per posizioni a tempo indeterminato di personale sanitario, da selezionarsi per titoli ed esami. L'art. 2197-

---

(17) Cfr. <https://concorsi.difesa.it/ei/nominadiretta/Straordinario2020/Documents/Riapertura%20Termini.pdf>.

ter.1 del d.lgs. n. 66/2010 (*Codice dell'ordinamento militare*), introdotto *ex art.* 21, d.l. n. 34/2020, dispone infatti che «è autorizzato, per il solo anno 2020, il reclutamento, a nomina diretta con il grado di maresciallo o grado corrispondente, mediante concorso per titoli, di n. 60 marescialli in servizio permanente, di cui n. 30 dell'Esercito italiano, n. 15 della Marina militare e n. 15 dell'Aeronautica militare».

La procedura, le cui modalità di svolgimento – compresi «la tipologia e i criteri di valutazione dei titoli di merito ai fini della formazione della graduatoria sono stabiliti dal bando di concorso» – è riservata al personale in servizio appartenente ai ruoli dei sergenti e dei volontari in servizio permanente, anche in deroga ai vigenti limiti di età<sup>(18)</sup>, in possesso di laurea per la professione sanitaria infermieristica e relativa abilitazione professionale, purché non abbia riportato nell'ultimo biennio sanzioni disciplinari più gravi della consegna (art. 21, d.l. n. 34/2020). Anche in questo caso, la pandemia Covid-19 consente che l'eccezionale diventi “normale”, giustificandosi per l'emergenza un arruolamento a tempo indeterminato.

#### 4. Il rafforzamento dell'Inail

Tra i soggetti che beneficiano di contingenti straordinari di personale (a tempo determinato e indeterminato) si colloca anche l'Istituto nazionale per l'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro, individuato quale soggetto attuatore degli interventi di protezione civile (art. 1, comma 1, ord. Capo Dipartimento Protezione Civile n. 630/2020).

Da un lato, l'ente è autorizzato a contrattualizzare 200 medici specialisti e 100 infermieri con incarichi di lavoro autonomo, anche di collaborazione coordinata e continuativa, di durata non superiore a sei mesi, eventualmente prorogabili in ragione del perdurare dello stato di emergenza, inizialmente non oltre il 31 dicembre 2020 (art. 10, d.l. n. 18/2020) e ora non oltre il 31 dicembre 2021 (art. 19, d.l. n. 149/2020, c.d. ristori *bis*)<sup>(19)</sup>. La procedura (di avviso pubblico) è la medesima individuata per le altre pp.aa. dall'art. 2-*bis* del d.l. n. 18/2020 e consente all'ente di supe-

---

<sup>(18)</sup> Il limite di età per i concorsi pubblici è stato oggetto di numerosi interventi normativi e giurisprudenziali. Come noto, l'art. 6, § 1, lett. *c*, della direttiva 2000/78/CE consente disparità di trattamento con riferimento alla «fissazione di un'età massima per l'assunzione», precisando, però, che tali trattamenti possono essere giustificati solo in relazione ad una specifica attività da svolgere. La possibilità di deroga fornita dalla legge giustifica la permanenza di limitazioni anagrafiche alla partecipazione ai concorsi militari in ragione «della particolare natura del servizio», limitazione di cui la Repubblica Italiana fa ampio uso, ponendo severi limiti d'età che variano per corpo e funzioni. Normalmente l'accesso ai ruoli è consentito da 17 a 26 anni, elevato a 28 anni per chi ha prestato servizio militare, e ulteriormente sino a 30 per i militari dell'Arma dei Carabinieri appartenenti al ruolo dei Sovrintendenti e al ruolo degli Appuntati e Carabinieri, per gli Allievi carabinieri e gli Ufficiali in ferma prefissata, ovvero per i Commissari e Direttore Tecnico della Polizia di Stato. Per la partecipazione al concorso per l'accesso alla qualifica di medico della Polizia di Stato il limite è 35 anni di età (d.m. 103/2018), mentre per gli appartenenti ai ruoli dell'Amministrazione civile dell'interno il limite d'età sale a 40 anni. Non è soggetta a limiti di età la partecipazione degli appartenenti ai ruoli degli Agenti e Assistenti e dei Sovrintendenti della Polizia di Stato, con almeno 3 anni di anzianità alla data del bando.

<sup>(19)</sup> L'art. 19, d.l. n. 149/2020 è oggi confluito nell'art. 13 *duodevicies*, d.l. n. 137/2020 come convertito dalla l. n. 176/2020



rare il proprio budget per incarichi esterni, in deroga all'art. 7 del d.lgs. n. 165/2001 e all'art. 90, comma 28, del d.l. n. 78/2010.

Dall'altro, «al fine di rafforzare la tutela dei lavoratori infortunati e tecnopatici e di potenziare, tra le altre, le funzioni di prevenzione e di sorveglianza sanitaria» l'Inail può bandire procedure concorsuali pubbliche e conseguentemente ad assumere a tempo indeterminato, a decorrere dall'anno 2020, con corrispondente incremento della dotazione organica, un contingente di 100 unità di personale con qualifica di dirigente medico di primo livello nella branca specialistica di medicina legale e del lavoro (art. 43 del d.l. n. 18/2020, come modificato dall'art. 80 del d.l. n. 34/2020). La metà delle assunzioni di personale avverranno a decorrere dal 1° novembre 2020, mentre il restante 50 per cento verrà reclutato dal 1° gennaio 2022. La prima *tranche* di selezioni si è svolta nei mesi estivi e ha riguardato le Regioni Emilia-Romagna, Lombardia, Marche, Veneto e la Provincia autonoma di Trento. L'esito, pubblicato a fine settembre, consentirà assunzioni tempestive

## **5. Il ruolo e le risorse dell'Istituto Superiore di Sanità**

Vero protagonista nella strategia nazionale di contrasto all'epidemia Covid-19, l'Istituto Superiore di Sanità (ISS) non poteva certamente rimanere al di fuori dei piani straordinari di assunzioni. Sicché «per far fronte alle esigenze di sorveglianza epidemiologica e di coordinamento» Covid-connesse, l'ente beneficia sia di uno stanziamento di parte corrente (pari a euro 4.000.000 per ciascuno degli anni 2020, 2021 e 2022), sia di un'autorizzazione ad assumere a tempo determinato, per il triennio 2020-2022, n. 50 unità di personale, di cui a) 20 unità di personale con qualifica di dirigente medico; b) 5 unità di personale con qualifica di primo ricercatore/tecnologo, livello II; c) 20 unità di personale con qualifica di ricercatore/tecnologo, livello III; d) 5 unità di personale con qualifica di Collaboratore Tecnico Enti di Ricerca (CTER) livello VI (art. 11, d.l. n. 18/2020).

La previsione di contratti triennali, e cioè della durata massima consentita per non incorrere nell'abuso *ex art.* 36, d.lgs. n. 165/2001, apre a possibili future stabilizzazioni, ove il meccanismo delle procedure concorsuali riservate *ex art.* 20, d.lgs. n. 75/2017 venga reiterato.

## **6. Il ricorso al settore privato**

Meno privato, più Stato: così potrebbe essere intitolato il doppio meccanismo che prevede l'interazione tra la sanità pubblica e l'iniziativa privata.

Il primo strumento, attivato su richiesta delle regioni o delle province autonome di Trento e Bolzano o delle aziende sanitarie, prevede che le strutture private, accreditate e non, mettano a disposizione per la durata dello stato di emergenza il personale sanitario in servizio nonché i locali e le apparecchiature presenti nelle suddette strutture, a fronte di un indennizzo (art. 6, comma 4, d.l. n. 18/2020).

Si tratta di una ipotesi per così dire invertita rispetto a quella prevista dall'art. 23-*bis*, comma 7, del d.lgs. n. 165/2001, secondo cui «sulla base di appositi protocolli di intesa tra le parti, le amministrazioni di cui all'articolo 1, comma 2, possono disporre,

per singoli progetti di interesse specifico dell'amministrazione e con il consenso dell'interessato, l'assegnazione temporanea di personale presso altre pubbliche amministrazioni o imprese private». Nel nostro caso sono queste ultime che mettono il proprio personale a disposizione della p.a.

La previsione sembra assai utile, considerando sia le necessità del servizio sanitario nazionale, sia l'interesse dei soggetti privati coinvolti, la cui attività ordinaria è stata sospesa durante il *lockdown*. L'alternativa all'interazione con il pubblico è infatti stata l'attivazione di strumenti di sostegno al reddito, evidentemente più penalizzanti dal punto di vista economico per i lavoratori.

## 7. L'effetto della pandemia sull'attività sanitaria ordinaria

Proprio in relazione al confinamento intervenuto dal 9 marzo al 18 maggio, le regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano hanno potuto rimodulare o sospendere «le attività di ricovero e ambulatoriali differibili e non urgenti, ivi incluse quelle erogate in regime di libera professione intramuraria» (art. 5-*sexies*, d.l. n. 18/2020).

Questo secondo strumento ha posto il personale sanitario delle strutture pubbliche o private prioritariamente al servizio della gestione dell'emergenza, ma ha, altresì, del tutto paralizzato il ricorso a prestazioni sanitarie non erogate gratuitamente (o con compartecipazione) dal servizio sanitario nazionale. La scelta di concentrare le (poche) forze a disposizione sulla lotta al Covid-19 si è rivelata, purtroppo, non priva di tragiche conseguenze.

Secondo uno studio dell'Università di Birmingham <sup>(20)</sup> oltre 28 milioni di operazioni programmate nel mondo (3 su 4, il 72,3%) potrebbero essere cancellate nel 2020 a causa della pandemia.

In Italia, durante l'emergenza dovuta al Coronavirus, molti interventi chirurgici ortopedici elettivi (cioè non urgenti) sono stati rinviati; le nuove diagnosi di cancro si sono ridotte del 52%, gli interventi chirurgici hanno subito ritardi nel 64% dei casi e le visite sono diminuite del 57%.

Dall'inizio dell'epidemia il 20% dei malati oncologici ha evitato i trattamenti per paura del contagio negli ospedali, ma molti hanno visto rinviare visite, controlli, esami e in alcuni casi anche operazioni o altre terapie <sup>(21)</sup>. Inoltre, per timore dell'epidemia, i pazienti hanno ritardato l'accesso al Pronto soccorso, arrivando in ospedale in condizioni sempre più gravi, spesso con complicazioni aritmiche o funzionali che rendono meno efficaci le terapie salvavita <sup>(22)</sup>.

---

<sup>(20)</sup> COVIDSURG COLLABORATIVE, [Elective surgery cancellations due to the COVID-19 pandemic: global predictive modelling to inform surgical recovery plans](#), in *British Journal of Surgery*, 2020. Lo studio si basa sull'analisi dell'attività di 359 ospedali in 71 Paesi del mondo.

<sup>(21)</sup> Secondo Indolfi, presidente della SIC – Società Italiana di Cardiologia «Se la rete cardiologica non sarà ripristinata avremo più morti per infarto che di Covid». Si veda la comunicazione [Proposta di gestione dei pazienti in oncologia, oncoematologia e cardiologia nella fase 2 dell'infezione da Covid-19](#).

<sup>(22)</sup> [Ibidem](#).



La sospensione dell'attività privatistica *intramoenia* e la contemporanea chiusura dei centri privati ha rappresentato, insomma, la tempesta perfetta sulla salute degli italiani, della quale vedremo gli effetti solo in là nel tempo.

Di fronte a liste d'attesa ultra-annuali e ai pronto-soccorso di nuovo intasati, la soluzione approntata è l'incremento delle prestazioni aggiuntive del personale dirigente (art. 115, comma 2, CCNL Area Dirigenza medica 2016-2018) e del comparto (art. 6, comma 1, CCNL Sanità 2016-2018).

La previsione prevede maggiori compensi orari (art. 29, d.l. n. 104/2020) ma è destinata a scadere a breve, il 31 dicembre 2020 (salvo nuove proroghe).

Si tratta quindi di una misura di breve, se non brevissimo, respiro, inidonea a sostenere la richiesta di salute da parte della nazione.

## 8. *Active ageing* della popolazione e del servizio sanitario

Dall'analisi delle misure adottate pare emerge un quadro di luci e ombre, che si proietteranno sull'azione della p.a. sanitaria per molto tempo.

In primo luogo, si è previsto, in più ondate, un reclutamento straordinario nei numeri e nei modi, che riguarda la sanità civile e quella militare, rinvigorite attraverso assunzioni e incarichi.

Altresì, sono state snellite le procedure per l'abilitazione alla professione medica (laurea divenuta oggi abilitante) e per l'assunzione quali infermieri di cittadine e cittadini stranieri (in pendenza del riconoscimento del titolo).

Ulteriormente, è stato disposto il trattenimento in servizio del personale sanitario; si è favorito il distacco di personale dalla sanità privata (bloccata per il *lockdown*) a quella pubblica e sospesa l'attività intramuraria.

È evidente che non tutti i provvedimenti adottati sono stati puramente emergenziali, ma di certo la sanità nazionale ha dovuto fare i conti in rapidità con la pandemia e con se stessa. Improvvisamente guardatasi allo specchio, il sistema della salute si è visto invecchiato, rigido e povero.

L'invecchiamento è sia nelle forze di lavoro in campo, sia della popolazione. Il fenomeno dell'*ageing* comprende infatti lavoratori anziani (*older workers*) detti anche maturi (*mature workers*), *seniores* o (direttamente in inglese) *ageing workers* o *late careers* <sup>(23)</sup>, che si confrontano con una popolazione di anziani *over 60* (per l'ONU) <sup>(24)</sup> ovvero *over 75* (secondo la Società Italiana di Gerontologia e Geriatria) <sup>(25)</sup>.

Il rapporto Istat 2020 mostra una Italia fatta di 60,3 milioni di residenti, che calano al ritmo annuale di oltre 100 mila dal 2015, in particolare per il balzo delle cancellazioni anagrafiche per trasferimento. L'età media è di 45,7 anni e il tasso di fecondità di 1,29 figli per donna; l'aspettativa di vita alla nascita è per i maschi di 81 anni e per le femmine di 85,3 anni. Nell'Europa che invecchia <sup>(26)</sup>, l'Italia invecchia di più, po-

---

<sup>(23)</sup> V. FILÌ, *I lavoratori anziani tra esclusione e inclusione*, in *ADL*, 2020, p. 369.

<sup>(24)</sup> UNITED NATIONS, *World Population Ageing 2013*, NY, 2013, [www.un.org](http://www.un.org).

<sup>(25)</sup> SIGG-SOCIETÀ ITALIANA DI GERONTOLOGIA E GERIATRIA, *Quando si diventa anziani? 63° Congresso nazionale*, Roma, 2018, in [www.sigg.it](http://www.sigg.it).

<sup>(26)</sup> EUROSTAT, *Ageing Europe – Looking at the lives of older people in the EU*, 2019, in [ec.europa.eu/eurostat](http://ec.europa.eu/eurostat).

nendo la questione al centro di ormai innumerevoli studi di demografi <sup>(27)</sup>, sociologi <sup>(28)</sup>, economisti <sup>(29)</sup> e, infine, giuristi <sup>(30)</sup>.

Di fronte a quasi coetanei che, da un lato, erogano e, dall'altro, richiedono servizi sanitari, la pandemia Covid-19 ha costretto a rapide decisioni, che possono essere infine riassunte in due percorsi.

*In primis*, emerge la semplificazione delle procedure, anche telematiche, per il reclutamento (stabile/precario, civile/militare); l'abbrevio dei percorsi di formazione per medici e professionisti sanitari; l'introduzione di strumenti di doppia selezione nella p.a.

Altresì, si realizzano interventi per favorire la medicina territoriale e di comunità <sup>(31)</sup> e la de-ospedalizzazione, cercando anche di correre ai ripari rispetto alla carenza di medici di medicina generale e pediatri di libera scelta.

Plurime misure esplicheranno i loro effetti dal 1° gennaio 2021, quindi, allo stato quasi alla fine (si spera) dello stato di emergenza.

Dal 2021 aziende e gli enti del Servizio Sanitario Nazionale, potranno procedere al reclutamento a tempo indeterminato di infermieri di comunità, in numero non superiore ad 8 unità ogni 50.000 abitanti. Si tratta di figure destinate a cambiare l'erogazione del servizio sanitario <sup>(32)</sup> integrato con il welfare di comunità <sup>(33)</sup>, in relazione ai mutati bisogni sociali e alle caratteristiche demografiche del Paese <sup>(34)</sup>. Nello stesso percorso si inserisce la previsione di piani di riorganizzazione dei distretti e della rete assistenziale territoriale, con la definizione di un protocollo nazionale per la tutela della salute mentale e del benessere psico-sociale (art. 29-ter, d.l. n. 104/2020).

Il contrasto alla pandemia porta con sé anche l'incremento del numero di borse di studio per i medici che partecipano ai corsi di formazione specifica in medicina generale (art. 1-bis del d.l. n. 34/2020, inserito dall'art. 1, comma 1, del l. n. 77/2020).

Altresì, come descritto sopra, numerose sono le assunzioni a tempo indeterminato, a valere sulla capacità finanziaria delle amministrazioni per i prossimi anni.

Si tratta, in tutti i casi, di misure da accogliere con grande favore, soprattutto perché affrontano temi che vanno ben oltre l'emergenza e che da molto tempo necessitava-

---

<sup>(27)</sup> M. MADIA (a cura di), *Un Welfare anziano. Invecchiamento della popolazione o ringiovanimento della società?*, Il Mulino, Arel, 2007, p. 19.

<sup>(28)</sup> M. COLASANTO, F. MARCALETTI (a cura di), *Lavoro e invecchiamento attivo. Una ricerca sulle politiche a favore degli over 45*, Franco Angeli, 2007.

<sup>(29)</sup> R. LEE, A. MASON, *Population Ageing and the Generational Economy. A Global Perspective*, Edward Elgar, 2011; G. CAZZOLA, *Lavoro e welfare: giovani versus anziani. Conflitto tra generazioni o lotta di classe del XXI secolo?*, Rubbettino, 2004.

<sup>(30)</sup> Si rinvia a V. FILÌ, *op. cit.*, per gli ampi riferimenti.

<sup>(31)</sup> La specializzazione in Medicina di comunità e delle cure primarie è stata introdotta, tra molte polemiche rispetto ai medici di medicina generale, con il riordino delle scuole di specializzazione ex d.l. n. 68/2015.

<sup>(32)</sup> G. ROCCO, S. MARCADELLI, A. STIEVANO, C. CIPOLLA (a cura di), *Infermiere di Famiglia e di Comunità. Proposte di policy per un nuovo welfare*, Franco Angeli, 2017.

<sup>(33)</sup> M. BARNES, *Utenti, carer e cittadinanza attiva: politiche sociali oltre il welfare state*, Erikson, 1999.

<sup>(34)</sup> Su cui si vedano i rapporti Istat in <http://demo.istat.it>.

no di essere sfidati: le emergenze consentono grandi balzi alla pubblica amministrazione <sup>(35)</sup>, purtroppo spesso a prezzo di innumerevoli lutti e grandi dolori <sup>(36)</sup>.

È desiderabile che le semplificazioni e innovazioni introdotte vengano confermate e, anzi, rappresentino soltanto il punto di partenza e non di arrivo di una p.a. capace di reclutare prima, meglio e rapidamente chi sia necessario per la salute e il *welfare* di un Paese cambiato nell'età e, quindi, nelle esigenze.

La pandemia consente anche di riflettere sull'impatto che la sospensione dell'attività professionale intramuraria e della sanità privata (convenzionata e non) hanno avuto e avranno sulla salute degli italiani, cui il (solo) SSN spesso non consente di curarsi adeguatamente.

Si pone, ovviamente, la questione della sostenibilità economico-finanziaria del modello di salute pubblica nel tempo. Su questo, l'andamento della spesa sanitaria pro capite italiana è distante dagli altri Paesi forti europei (Austria, Belgio, Francia, Germania, Olanda), nonostante l'impatto sul PIL sia simile <sup>(37)</sup>. In altri termini, i cittadini italiani hanno avuto, in media, a disposizione per tutelare la loro salute meno risorse degli abitanti dei Paesi cennati, benché in proporzione il nostro Paese abbia impegnato la stessa percentuale di risorse.

Se le misure assunte saranno capaci di andare “oltre” l'emergenza, potremo dire di aver imparato dagli errori commessi. La pandemia ci insegna che, in sanità, non solo è necessario spendere meglio, ma anche di più e necessariamente in modo diverso.

---

<sup>(35)</sup> Ne è chiaro esempio la vicenda dello *smart working* emergenziale, su cui si veda M. BROLLO, *Smart o emergency work? Il lavoro agile al tempo della pandemia*, in *LG*, 2020, n. 6, e per la p.a. in particolare M.C. CATAUDELLA, *Lo smart working “emergenziale” nelle Pubbliche Amministrazioni*, in A. PILEGGI (a cura di), *Il diritto del lavoro dell'emergenza epidemiologica*, LPO, 2020, p. 35; L. ZOPPOLI, *Dopo la digiemia: quale smart working per le pubbliche amministrazioni italiane?*, Working Paper “Massimo D'Antona” – IT, 2020, n. 421. Sul tema, polemicamente, P. ICHINO, [Sette domande alla ministra Dado-ne sullo smart work pubblico](#).

<sup>(36)</sup> Si pensi ad es. alla Protezione Civile, sorta in risposta a grandi tragedie nazionali (si veda [La protezione civile nella storia](#)).

<sup>(37)</sup> A. IERO, [I tagli alla sanità? Si spiegano con la crescente povertà dell'Italia](#), in *Econopoly*, 4 aprile 2020.